



# Formulario para Presentación de Quejas/Apelaciones del Miembro

Enviar este formulario por correo a:  
Molina Healthcare of Florida  
Appeal and Grievance Unit  
PO Box 36030  
Louisville, KY 40233-6030  
Teléfono: (866) 472-4585 (TTY: 711)  
Por fax: (877) 508-5748

**Escriba en letra de molde**

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que solicita la queja; si no es el miembro, complete el formulario para nombrar un representante adjunto:

\_\_\_\_\_

Identificación del miembro \_\_\_\_\_ Teléfono diurno \_\_\_\_\_

Problemas específicos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(adjunte otra hoja de papel a este formulario si necesita más espacio).

Firma del miembro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si desea asistencia con su solicitud, podemos ayudarlo. Puede llamarnos o escribirnos a:

Molina Healthcare of Florida  
Appeal and Grievance Unit  
PO Box 36030  
Louisville, KY 40233-6030  
Teléfono: (866) 472-4585 (TTY: 711)  
Por fax: (877) 508-5748



Instrucciones para presentar una queja o apelación:

1. Complete este formulario en su totalidad. Describa los problemas con el mayor detalle posible.
2. Adjunte a este formulario una copia de los registros que desee presentar. (No envíe documentos originales).
3. Puede presentar su información en persona. Para hacerlo, llámenos al (866) 472-4585 (TTY: 711).
4. Podemos ayudarlo a escribir su solicitud y brindarle asistencia en el idioma en el que habla.
5. Si es mayor de 18 años y otra persona actúa en su nombre, debe presentar un formulario para Nombramiento del representante (Appointment of Representative, AOR). Use el Formulario de AOR adjunto.
6. Usted, o alguien de su elección para que actúe en su nombre, puede revisar su archivo de apelación antes del proceso de apelación o durante él. Su archivo de apelación incluye toda su historia clínica y otros documentos relacionados con su caso.
7. Devuelva el formulario completado a  
Molina Healthcare of Florida  
Appeal and Grievance Unit  
PO Box 36030  
Louisville, KY 40233-6030  
Por fax: (877) 508-5748
8. Enviaremos un acuse de recibo de su solicitud por escrito.

Gracias por utilizar el Proceso de Quejas para Miembros de Molina Healthcare.

**Please note:** If you have a disability and need more help, we can help you. If you need someone that speaks your language, we can also help. You may call our Member Services Department at (866) 472-4585 for more help from 8:00 am to 7:00 pm. If you are blind or have trouble hearing or communicating, please call 711 for TTY/TTD services. We can help you get the information you need in large print, audio (sound), and braille. We provide you with these services for free.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** si tiene una discapacidad y necesita más ayuda, podemos ayudarlo. También podemos ayudarlo si necesita a alguien que hable en su idioma. Para obtener más ayuda, puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4585, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Si es ciego o tiene problemas de audición o comunicación, llame al 711 para acceder a servicios de TTY/TDD. Podemos ayudarlo a obtener la información que necesita en letra de molde grande, audio (sonido) y en sistema Braille. Estos servicios son gratuitos.

**Remake:** Si ou gen yon andikap epi ou bezwen plis èd, nou kapab ede w. Si ou bezwen yon moun ki pale lang ou an, nou kapab ede w tou. Ou gendwa rele Depatman Sèvis Manm nou an nan (866) 472-4585 pou jwenn plis èd soti 8è:00 a.m. rive 7è:00 p.m. Si ou avèg oswa ou gen difikilte pou tandè oswa pou kominike, tanpri rele 711 pou sèvis TTY/TTD yo. Nou kapab ede w jwenn enfòmasyon oubezwen an gwo karaktè, odyo (son) ak an Bray. N ap ba w sèvis sa yo pou gratis.

**Xin lưu ý:** Nếu quý vị là người khuyết tật và cần thêm trợ giúp, chúng tôi có thể giúp quý vị. Nếu quý vị cần người có thể nói ngôn ngữ của quý vị, chúng tôi cũng có thể giúp. Quý vị có thể gọi cho Bộ phận Dịch vụ thành viên của chúng tôi theo số (866) 472-4585 để được trợ giúp thêm từ 8:00 am đến 7:00 pm. Nếu quý vị bị mù hoặc có vấn đề về thính giác hoặc giao tiếp, vui lòng gọi 711 cho dịch vụ TTY/TTD. Chúng tôi có thể giúp quý vị nhận thông tin quý vị cần bằng bảng chữ in lớn, âm thanh và chữ nổi Braille. Chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ này cho quý vị.

# Adviso de no discriminación

## Molina Healthcare of Florida, Inc.



### Medicaid

La discriminación es ilegal. Molina Healthcare of Florida, Inc. (Molina) cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad ni sexo (en consonancia con el alcance de la discriminación sexual descrita en la sección 92.101(a)(2)) del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR). Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Molina:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, asistencia y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina al (866) 472-4585 (TTY: 711).

Si considera que Molina no ha logrado brindar estos servicios o ha discriminado de cualquier otro modo con base en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un queja ante:

Civil Rights Coordinator  
200 OceanGate  
Long Beach, CA 90802  
Teléfono: (866) 472-4585 (TTY: 711)  
Por fax: (877) 508-5738  
Correo electrónico: [civil.rights@molinahealthcare.com](mailto:civil.rights@molinahealthcare.com)

Puedo presentar una queja en persona, or por correo, fax or correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Servicio para Miembros de Molina está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una demanda de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Demandas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Igualmente, lo puedo hacer por correo o teléfono utilizando la siguiente información:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Teléfono: (800) 368-1019 (TDD: (800) 537-7697)

Los formularios de demanda están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.